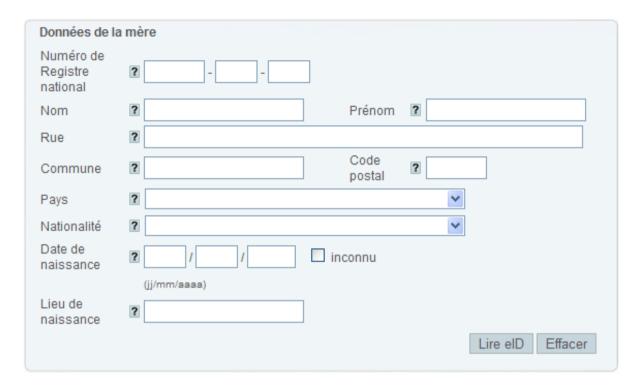
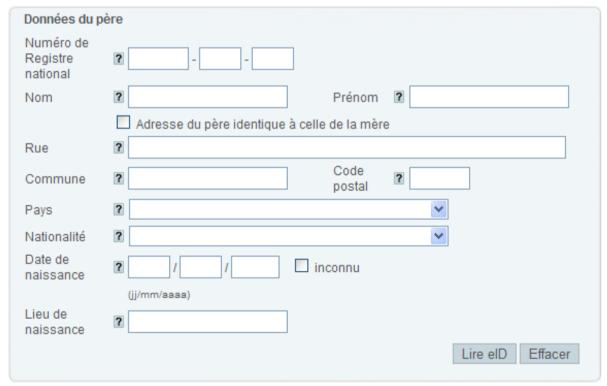


# Formulaire Vierge Medical Form



### Notification de naissance - Identité des parents





eBirth



## Notification - Naissance

Lieu de naissance
La naissance a eu lieu à l'institution hospitalière
Rue ?
Code postal ? Commune ? (57081 - 0)
Type
Constatation médicale de la naissance
Sexe   Masculin O Féminin O Indéterminé
Date de naissance (jj/mm/sasa) Heure de naissance (hh:mm)
Données de grossesse et de naissance
Enfant issu d'une grossesse multiple
Si grossesse multiple
Nombre total de naissances, mort-nés inclus
Numéro d'ordre de l'enfant notifié
Structure par sexe
O Sexes différents
Nombre de mort-nés dans cette grossesse multiple
Signature pour la constatation médicale de la naissance d'un enfant né-vivant ?  Accord médical pour envoi
Informations pour l'Etat civil ?
<u>×</u>

<u>e</u>Birth





# Informations médicales - Naissances précedentes

Classifi	cation de l'accouchement	10		/_		
Poids d	e la mère avant la grossesse e la mère à l'entrée en salle d'accouche e la mère	ment		?	kg kg cm	□ inconnu □ inconnu □ inconnu
	u une (des) naissance(s) avant ossesse ?	?	O oui	O non		
Si oui,	Nombre total d'enfants nés vivants  Date de naissance du dernier enfant né vivant  La mère a-t-elle accouché entre- temps d'un enfant/foetus mort-né?  Y a-t-il eu une césarienne pour une précédente grossesse ?		oui O		□ ir	nconnu

## Informations médicales - Grossesse actuelle

Parité (cet accouchement inclus)	? inconnu		
Conception de la grossesse	?		
Facteurs de risques médicaux			
Hypertension ((>= 140 / >= 90 mm Hg) durant cette grossesse		O oui  ○ non ○ inconnu	
Diabète		<b>?</b> ○ oui ○ non ○ inconnu	
VIH		?	
Conception à la grossesse :	VIH :		
Spontanée			
Traitement hormonal FIV	Positif		
ICSI	Négatif Non testé		
Pas demandé	Inconnu		

## Informations médicales - Accouchement

Siège Transverse

Inconnu

Durée de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines achevées) Certitude de cette durée	O oui (certain) O non (estimation)
Présentation de l'enfant à la naissance	?
Induction de l'accouchement	☑ O oui O non
Analgésie péridurale et/ou rachianesthésie	O oui    O non
Surveillance foetale pendant le travail	?
CTG (cardio(toco)gramme)	O oui O non
STAN	O oui O non
pH au scalp	O oui O non
Auscultation intermittente	O oui O non
Colonisation par le streptocoque du groupe B	Positif
	O Négatif
	O Non testé
Antibioprophylaxie intrapartale du streptocoque B	☑ O oui O non
Episiotomie	
Mode d'accouchement	7
La mère envisage-t-elle l'allaitement de l'enfant?	O oui    O non
Présentation de l'enfant à la naissance	: Mode d'accouchement :
Sommet fléchi en occipito-antérieur Autre présentation céphalique Siège	Spontané en sommet Ventouse Forceps Césarienne élective

Césarienne non programmée

Siège par voie vaginale

#### Informations médicales - Etat à la naissance

Poids à la nai	ssance		?	g 🗖 inconnu
Indice d'Apga	r	après 1 min	?	inconnu
		après 5 min	?	inconnu
Ventilation du immédiats)	nouveau-né (soins		?	O oui O non
Si oui, pre	écisez		7	X
Transfert ver néonatal	s un département			O oui O non
Si oui,			?	O département-N* (petit n)
				O département-NIC (grand N)
(lors de la nai Explications				O oui O non
_	Anencéphalie		_ `	ina bifida
_	Hydrocéphalie	l	_	nte labiale / palatine
	Imperforation anale	l.		omalie réductionnelle membres
_	Hernie diaphragmati		_	nphalocèle
	Gastroschisis		_	nsposition des gros vaisseaux
_	Malformation adénor		_	_
_	Agénésie rénale		_	aniosténose
_	Syndrome de Turner		_	omalie obstructive bassinet/uretère
	Tétralogie de Fallot			ésie de l'oesophage
_	Atrésie anale		_	ndrome transfuseur-transfusé (STI
_	Dysplasie squelettiq		_	drops foetal
_	Dysplasie rénale pol		_	mmunication interventriculaire (CIV
_	Atrésie des voies bi	laires	_	pospade
	Hygroma kystique	l		somie 21 somie 13
	Trisomie 18		100.00	name 17

#### Ventilation du nouveau né (Si oui) :

Ventilation ballon et masque Intubation